



Cartas al Director

Factores asociados con la estancia media hospitalaria prolongada en pacientes con neumonía por el virus de la gripe A H1N1

Factor Associated with Prolonged Hospital Stay in Patients with H1N1 Virus Influenza

Sr. Director:

La neumonía es la principal complicación de la infección por el virus de la gripe A (H1N1) y suele ser la causa más frecuente de ingreso hospitalario^{1,2}. En los pacientes ingresados, las tasas de prevalencia de neumonía oscilan entre el 39 y el 66%^{1,3,4}, diferencias atribuibles a la heterogeneidad de los criterios de ingresos utilizados y a la sensibilidad del sistema de detección de casos. La evolución desfavorable de los pacientes ingresados se ha relacionado con el retraso en el inicio del tratamiento antiviral, la utilización de corticoides, la edad de los pacientes y la existencia de enfermedad neuromuscular¹.

Presentamos un estudio prospectivo, observacional y descriptivo realizado en el Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, de 250 camas de adultos que atiende a una población de 200.000 habitantes, desde el 25 de abril al 31 de diciembre de 2009. El objetivo fue estimar la frecuencia de neumonía en pacientes ingresados con infección por el virus de la gripe A (H1N1) y determinar los factores relacionados con la estancia media hospitalaria prolongada. Para evaluar la gravedad de los pacientes se utilizó el índice de gravedad de la neumonía (IGN)⁵. El virus de la gripe A (H1N1) fue determinado por exudado nasofaríngeo y PCR a tiempo real mediante RealTime ready Influenza A/H1N1 Detection test de Roche. Para ingresar a los pacientes se siguieron las guías internacionales⁶ y desde septiembre de 2009 las recomendaciones del Ministerio de Sanidad⁷.

Se diagnosticaron 537 pacientes con infección por el virus de la gripe A (H1N1) y se ingresaron a 97 pacientes. La prevalencia de neumonía fue de 37,1% (intervalo de confianza [IC, 95%], 27,4–46,6%) entre los ingresados. En la *tabla 1* se representan las características principales de los 36 pacientes con neumonía.

La estancia media fue de 6,43 (desviación estándar [DE], 4,83) días. Considerando la estancia media como variable dependiente, se realizó un análisis multivariante lineal en el que se incluyeron la edad, el sexo, la presencia de factores de riesgo para gripe A complicada⁷ y/o enfermedades de base, hábito tabáquico, afectación neumónica multilobar y bilateral, existencia de coinfección, saturación de oxígeno al ingreso, existencia de leucopenia, concentraciones de LDH, utilización de corticoides, tiempo hasta el inicio de oseltamivir, ingreso en la UCI e IGN. El IGN (coeficiente estandarizado beta [CEB], +0,317), la existencia de coinfección (CEB, +0,276), la saturación de oxígeno al ingreso (CEB, –0,676) y la utilización de corticoides (CEB, –0,368) fueron los mejores predictores ($r^2=0,765$; $p < 0,001$) de estancia media prolongada.

Los hallazgos de nuestro estudio muestran una prevalencia elevada de neumonía en los pacientes ingresados por gripe A (H1N1)^{1,3,4}. La gravedad de los pacientes, la insuficiencia respiratoria al ingreso y la existencia de coinfección, son factores de severidad conocidos que pueden influir negativamente en el desenlace de la neumonía y prolongar así la estancia media. Fine

Tabla 1

Características generales de los pacientes adultos ingresados con neumonía por el infección por el virus de la gripe A (H1N1)

Edad, años	42,69 (19,03)
< 18 años, %	2 (5,6)
18–49 años, %	25 (66,7)
50–64 años, %	6 (16,7)
≥ 65 años, %	4 (11,1)
Sexo varón, %	25 (69,44)
Tipo de afectación pulmonar	
Unilobar, %	14 (38,9)
Multilobar, %	6 (16,7)
Intersticial, %	23 (63,9)
Bilateral, %	20 (55,6)
Bronconeumonía, %	6 (16,7)
Derrame pleural, %	2 (5,5)
Neumotórax, %	0
Infección asociada, %	7 (19,4)
Clasificación IGN, %	
Estadio I	13 (36,1)
Estadio II	9 (25)
Estadio III	8 (22,2)
Estadio IV	5 (13,8)
Estadio V	1 (2,8)
Vacunación gripe estacional, %	5 (13,88)
Vacunación gripe A (H1N1), %	1 (2,7)
Fumador, %	11 (30,55)
Enfermedad de base o factor de riesgo, %	20 (55,5)
Embarazo, %	0
Asma, %	4 (11,1)
EPOC, %	6 (16,6)
Enfermedad neurológica, %	3 (8,33)
Enfermedad hepática crónica, %	1 (2,77)
Neoplasia, %	1 (2,77)
Cardiopatía, %	1 (2,7)
Insuficiencia renal crónica, %	2 (5,5)
Esplenectomía, %	0
Inmunodepresión, %	0
Diabetes, %	6 (16,6)
Obesidad (IMC > 30–39 kg/m ²), %	9 (25)
Obesidad mórbida (IMC ≥ 40 kg/m ²), %	6 (16,6)
Sintomatología	
Fiebre, %	36 (100)
Escalofríos, %	30 (83,33)
Tos, %	36 (100)
Expectoración, %	19 (52,77)
Disnea, %	23 (63,88)
Dolor torácico, %	12 (33,33)
Cefalea, %	11 (30,55)
Artromialgias, %	27 (75)
Diarrea, %	7 (19,4)
Malestar general, %	24 (66,66)
Insuficiencia respiratoria, %	13 (36,11)
LDH (mg/dl)	329,23 (164,23)

Tabla 1. (continuación)

Leucocitos (células/mm ³)	9.655,56 (5.701,7)
Plaquetas (células/mm ³)	182.166,6 (52.925,5)
Utilización de antibiótico, %	36 (100)
Utilización de corticoides, %	13 (36,11)
Inicio de oseltamivir ≤ 48 h, %	11 (30,55)
Ingreso en UCI, %	4 (11,11)
Estancia media (días)	6,43 (4,82)
Mortalidad	0

Variables continuas representadas como media (desviación estándar) y variables categóricas como número (%).

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IGN: índice gravedad neumonía; IMC: índice de masa corporal; LDH: lactato deshidrogenasa; UCI: unidad de cuidados intensivos.

et al⁵ encontraron una estancia media de 5 días en los pacientes de bajo riesgo (clase I), mientras que aquellos con mayor gravedad (clase V) la duración media del ingreso alcanzó los 11 días. En cambio, la administración de corticoides podría actuar como un factor protector al detener la cascada inflamatoria precipitada por la infección viral y evitar el empeoramiento clínico¹.

En resumen, el estudio pone de manifiesto que la neumonía es una complicación frecuente en los pacientes ingresados con infección por el virus de la gripe A (H1N1) y que los factores identificados deberían considerarse al evaluar la idoneidad de la duración del ingreso hospitalario en la neumonía en los pacientes con infección por el virus de la gripe A (H1N1).

doi:10.1016/j.arbres.2010.06.010

Planificación de cuidados y tratamientos en pacientes EPOC

Advance Care Planning with COPD Patients

Sr. Director:

Tras la lectura del interesante artículo de A. Couceiro¹ me parece oportuno ampliarlo con los resultados de una investigación cualitativa² que explora la toma de decisiones en los pacientes EPOC acerca de su tratamiento, basado en el conocimiento de la enfermedad, la información aportada por su médico responsable y las preferencias del enfermo (Ayuda a la Investigación de la Fundación Respira, BECAS SEPAR'2002). Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 40 pacientes (36 varones y 4 mujeres), media de edad 68'82 años. La mayoría se sienten bien informados; en ningún caso creen que se les oculte información o que esta sea incompleta. Salvo dos pacientes con ingreso previo en UCI, al resto su médico responsable nunca les había hablado del ingreso en UCI o de la ventilación mecánica (VM) como una posibilidad de tratamiento en caso de exacerbación grave. Tras una explicación acerca de la VM como parte del tratamiento en caso de reagudización grave, expresan su aceptación del procedimiento si con ello pueden mejorar y mantener su calidad de vida actual—*escogería la intubación si con ello voy a poder seguir estando como hasta ahora, pero si no mejoro después de seis días o así, que me pongan algo para no sufrir y se ha acabado... al menos se ha intentado.*

Los pacientes incluidos en el estudio creen que tienen derecho a participar en la toma de decisiones que afectan a su salud. Aunque le otorgan al médico el papel del experto, *que sabe lo que es bueno para mí... prefieren que se les pregunte o al menos que se les tenga en cuenta para planificar el tratamiento.*

Bibliografía

- Jain S, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J, et al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April–June 2009. *N Engl J Med.* 2009;361:1935–44.
- Gilsdorf A, Poggensee G, on behalf of the working group pandemic influenza A(H1N1)v. Influenza A(H1N1)v in Germany; the first 10.000 cases. *Euro Surveill.* 2009;14:19318.
- Louie JK, Acosta M, Winter K, Jean C, Gavali S, Schechter R, et al. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California. *JAMA.* 2009;302:1896–902.
- Mayoral Cortes JM, Puell GL, Pérez ME, Gallardo GV, Duran PE, Fernández Merino JC, et al. Behaviour of the pandemic H1N1 influenza virus in Andalusia, Spain, at the onset of the 2009–10 season. *Euro Surveill.* 2009;14.
- Fine MJ, Auble TE, Yealy DM, Hanusa BH, Weissfeld LA, Singer DE, et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. *N Engl J Med.* 1997;336:243–50.
- Centers for Disease Control and Prevention. H1N1 Flu Clinical and Public Health Guidance. Disponible en: <http://www.cdc.gov/h1n1flu/guidance/>.
- Ministerio de Sanidad y Política Social, España. Guías y protocolos para profesionales sanitarios. Septiembre 2009. Disponible en: <http://www.msp.es/profesionales/saludPublica/gripeA/guíasProtocolosInf/profSanit.htm>.

Enrique Bernal*, Ángeles Muñoz y Alfredo Cano

Sección de Enfermedades Infecciosas, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enrbernal@yahoo.es (E. Bernal).

Los pacientes entrevistados tienen un adecuado nivel de información acerca de la etiología de la EPOC, de cuales son sus síntomas habituales, están informados de que se trata de una enfermedad crónica y progresiva; pese a ello, se aprecian lagunas en la información pronóstica, en lo relativo al conocimiento de la VM y el ingreso en UCI como opciones de tratamiento en caso de exacerbación grave. Se evidencia que el proceso informativo se detiene habitualmente en un punto, un límite difícil de sobrepasar: el diálogo sobre aspectos del final de la vida. Traspasar el ámbito cotidiano de la relación clínica para hablar de cuestiones más trascendentes y conocer las posibilidades de actuación cuando la situación no sea tan estable como la actual, es aún una tarea pendiente.

Uno de los motivos de esta falta de información puede ser el temor del médico responsable a frustrar las esperanzas del paciente. Desde luego, si se pretende una colaboración efectiva del enfermo en el proceso, es necesario conocer cuáles son sus expectativas y sus deseos³. Da la impresión que la relación de confianza está basada en un *todo va bien*, y que por ambas partes se evita hablar de temas que no son agradables, como las complicaciones graves o la posibilidad de fallecer a causa de su EPOC.

La mayoría de los pacientes desconocía la posibilidad de dejar constancia de las preferencias sobre aspectos relacionados con la salud a través de instrucciones previas (IP). Además, no se han planteado que fuera de interés para ellos, creen que están dirigidos a personas que se están muriendo. Otra posible causa de la falta de información sobre planificación de cuidados es el convencimiento del médico responsable de que conoce realmente las preferencias del paciente⁴. Ya se ha demostrado en distintos estudios que con frecuencia no es así; incluso en el caso de que coincidieran ambas opiniones, el proceso de IP pudiera ser de utilidad porque probablemente el médico que tenga que tomar las decisiones en las situaciones agudas graves no conozca al paciente previamente^{5,6}.